

研究報告

ラオス都市部近郊の住民の生活習慣病と 健康意識および生活行動の現状

The health consciousness and lifestyle habits of people with lifestyle
related diseases in the suburbs of Vientiane, Lao PDR

高橋 亮

Ryo TAKAHASHI

奥村 真美

Masami OKUMURA

高林 知佳子

Chikako TAKABAYASHI

與座 卓

Takashi YOZA

清野 純子

Junko SEINO

山元 恵子

Keiko YAMAMOTO

村田 教枝

Norie MURATA

齋間 恵樹

Shigeki SAIMA

漆葉 成彦

Shigehiko URUHA

田中 良

Ryo TANAKA

西坂 美沙枝

Misaki NISHISAKA

Abstract

Recently, the number of patients with lifestyle related diseases has been increasing in developing countries. This study focused on Lao PDR, in Southeast Asia. The relationship between the lifestyle related diseases and health consciousness, lifestyle habits were investigated. Participants were inhabitants in suburbs of Lao PDR (N = 100, age range 27 - 98, M = 55.2, SD = 15.0). The responses of the survey were classified by the presence or absence of lifestyle related diseases and their health consciousness, exercise and dietary habits were inquired using a scale consisting of five levels. The result indicated that the number of participants with lifestyle related diseases were 38 (38.0%) and healthy people were 62 (62.0%). The people with lifestyle related diseases thought that their health condition was not so good and they often exercised, had good lifestyle habit. Though many inhabitants in the suburbs of Vientiane, Lao PDR were patients with lifestyle-related diseases such as diabetes, they had conscious of their health problems and had good exercise habits. In the future, it is suggested that the degree of exercise and

dietary habits should be investigated. It is also suggested that the health of inhabitants in the countryside should be investigated.

キーワード ■ ラオス, 生活習慣病, 健康意識, 開発途上国

はじめに

ラオス人民民主共和国（以下ラオスとする）は、東南アジアのインドシナ半島に位置し、タイやベトナム、カンボジア、中国、ミャンマーとの国境を接する内陸国である。人口は約 630 万人であり、都市部の人口の割合は約 34% である¹⁾。1 人当たりの GNI（Gross National Income per capita (PPP international)）は 2,690 米ドルであるが、1990 年～2011 年の 1 人当たりの GDP（Gross Domestic Product）の年間平均成長率は 4.7% となっており^{1,2)}、現在は経済成長の過程にあるといえよう。世界銀行（World Bank）による所得レベル区分では、Lower-middle-income economies に位置する開発途上国であり³⁾、近隣諸国と比べると医療・保健の水準が十分に高いとはいえず、健康保険の加入率も低い状況下にある⁴⁾。しかし、近年の経済発展によって、平均余命は 1990 年の 54 歳から 2011 年では 67 歳に上昇し、5 歳未満児死亡率（Under-five mortality rate）などの保健指標は改善してきている^{1,2)}。一方で、メタボリック・リスク因子動向（Metabolic risk factor trends）においては、血圧や Body Mass Index（以下 BMI とする）が 1980 年代から上昇傾向にあるとの指摘もある⁵⁾。これは、先進国のみならずラオスのような開発途上国においても、経済発展に伴う生活パターンの変容等によって生活習慣病に罹る患者が今後増加する恐れがあることを意味している。

しかし、わが国をはじめとする先進国の研究者によるラオスの保健に関する研究内容は感染症対策などを主体としたものが多く、世界保健機構（World Health Organization, 以下 WHO とする）や国連児童基金（United Nations Children's Fund, 以下 UNICEF とする）といった国際機関によるレポートの多くも感染症対策または貧困対策に関するものが多い。最近、ようやく感染症や貧困に焦点を当てるのではなく、同国の住民を対象とした健康行動に関する研究が行われるようになってきたが、一般住民に対する健康に関する意識や行動を明らかにする研究に留まっている⁶⁾。ラオス国内で生活習慣病と診断された住民の健康に対する意識や日々の生活行動、そして実際の健康指標を示す検査値とを検討した研究はほとんど行われていない。ラオス政府は、生活習慣病をはじめとする非伝染性疾患（Non-Communicable Diseases, 以下 NCDs とする）に罹る国民の増加を認識し、その対策を考えているが、NCDs の各疾患にかかる患者の詳細な分析はされておらず、NCDs に罹患している国民の生活習慣に

関連するデータも十分ではないとの指摘もある⁷⁾。

生活習慣病のリスクも高まっている現在においては、従来の途上国の主要な国際援助および研究テーマとなっている栄養失調や感染症といった内容とは異なる、生活習慣病対策の視点での研究を行う必要性がある。加えて、ラオスは住民が十分な保健医療サービスの享受が得られないことにより、世界、とりわけアジアの中でもヘルスシステムの運営および実績が下位グループに位置することから⁸⁾、疾病を未然に防ぐことならびに疾患の悪化を来さないような対策が重要となるといえよう。

以上のような状況を踏まえて、本研究では経済成長が生活習慣の変化に影響をもたらしていると考えられる、ラオス国内の都市部近郊の住民の生活習慣病に関する基礎データと健康意識および生活習慣を明らかにし、今後の生活習慣病予防につなげる基礎的な研究を行うことを目的とした。

研究方法

1. 調査対象者

ラオス保健省健康情報センター (Center of Information and Education for Health, 以下 CIEH とする) が、首都 (ビエンチャン市) 近郊に位置するチャンタブリ郡の住民を対象に、本研究の目的である生活習慣病に関する筆者ら研究グループとの共同研究の一環として基礎的調査 (健康調査) への参加の呼びかけを行い、これに参加した住民を研究対象とした。参加者全員が本研究の趣旨に同意し、健康調査への参加ならびに質問紙を提出した 100 名を研究対象とした。

2. 調査手続き

2014 年 3 月～4 月にかけて、ビエンチャン市チャンタブリ郡内の公的な施設である集会場を健康調査会場とし、対象者は基本的検査として身長、体重、腹囲、血圧測定を終了後、健康に関する質問紙調査への回答を行った。調査は生活習慣に焦点を当てた質問紙調査であり、健康感や運動頻度、喫煙および飲酒の有無、食生活 (もち米、普通米、卵、肉、魚、野菜、果物、菓子の摂取頻度)、生活習慣病の有無について現地の言語であるラオ語と英語の 2 か国語表記で印刷された質問紙を用いて回答を求めた。なお、質問紙への回答については同国の識字率を勘案し、対象者が質問紙に記載されている文字を読むことが十分にできないことが質問項目の意味の理解に影響する問題、また正確な記載ができないといった問題を排除するために、質問紙の内容を同国の調査実施協力者 (ラオス人医師・同国保健省医官) がラオ語で読み上げ、対象者から得られた回答を調査実施協力者 (ラオス人看護師・同国公立病院看護職員) が代理記入することとした。

食生活における摂取状況の各品目については、CIEH からの助言のもと、ラオス国民が主食として摂取している「もち米」を入れることや栄養バランスなどを検討できうる項目を選定した。

3. 分析方法

対象者は、これまで生活習慣病と診断されたことがあると回答した者を「生活習慣病あり群」とし、診断を受けたことがないと回答した「生活習慣病なし群」との2区分に分け、BMI、腹囲、血圧（収縮期/拡張期）といった基本検査値の2群間の比較を行った。ここでいう「生活習慣病」とは、高血圧、脂質異常、糖尿病の3つに限定し、これらの内いずれかに該当した場合（複数回答可）を生活習慣病「あり群」とした。「健康感」については、とても良い（very good）：5～悪い（bad）：1とし、「運動頻度」および「食生活（摂取状況）」については、毎日行う（摂取する）：5～全く行わない（摂取しない）：1とする5段階尺度にて回答を求め、基本検査値と同様に2群間の比較を行った。なお、群間比較は、基本検査値については t 検定を行い、健康感や運動頻度、食生活については順序尺度のため Mann-Whitney の U 検定を行った。また、「飲酒」および「喫煙」については、「はい（Yes）/いいえ（No）」にて回答を求め、2群間の比較を Fisher の直接法を用いた。統計解析ソフトは IBM SPSS Statistic Ver.20（日本アイビーエム株式会社）を用い、有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮としては、調査対象者に本研究の趣旨や調査への自由参加、研究結果の公表、プライバシーが守られることを説明し、質問紙の提出をもって同意を得たこととした。なお、本研究は研究者が所属する教育研究機関の倫理委員会の承認を得ている。

結 果

対象者の年齢は27 - 98歳（ $M = 55.2$, $SD = 15.0$ ）であり、男性が35名、女性が65名の計100名であった。これまで「生活習慣病（高血圧、脂質異常、糖尿病）」の診断を受けたことがあると回答した者は38名（38.0%）であり、各疾患については「高血圧」が20名（20.0%）、「脂質異常」が17名（17.0%）、「糖尿病」が12名（12.0%）であった（表1）。

生活習慣病の有無およびBMIや腹囲、血圧といった基本検査値と健康感および生活習慣の現状を表2に示した。基本検査値については、BMIは生活習慣病「あり群」が $26.4 \pm 4.3 \text{ kg/m}^2$ であり生活習慣病「なし群」の $24.1 \pm 4.1 \text{ kg/m}^2$ と比べ有意に高かった（ $t(98) = 2.63$, $p = .010$ ）。腹囲も生活習慣病「あり群」が $92.1 \pm 9.8 \text{ cm}$ であり生活習慣病「なし群」の $86.4 \pm 10.3 \text{ cm}$ と比べて有意に高かった（ $t(98) = 2.75$, $p = .007$ ）。血圧についても生活習慣病「あり

表1 対象者の属性

		全体 (n=100)	男性 (n=35)	女性 (n=65)
		N(%)	N(%)	N(%)
年齢区分	20-29 歳	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (1.5)
	30-39 歳	20 (20.0)	8 (22.9)	12 (18.5)
	40-49 歳	16 (16.0)	5 (14.3)	11 (16.9)
	50-59 歳	24 (24.0)	9 (25.7)	15 (23.1)
	60-69 歳	24 (24.0)	8 (22.9)	16 (24.6)
	70 歳以上	15 (15.0)	5 (14.3)	10 (15.4)
生活習慣病 (複数回答あり)	高血圧	20 (20.0)	4 (11.4)	16 (24.6)
	脂質異常	17 (17.0)	6 (17.1)	11 (16.9)
	糖尿病	12 (12.0)	5 (14.3)	7 (10.8)

表2 生活習慣病の有無と基本検査値および健康感、生活習慣の現状

	全体 (n=100)	生活習慣病あり群 (n=38)	生活習慣病なし群 (n=62)	p 値 ¹⁾
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
BMI	25.0 (4.3)	26.4 (4.3)	24.1 (4.1)	.010
腹囲	88.6 (10.4)	92.1 (9.8)	86.4 (10.3)	.007
収縮期血圧	135.3 (26.5)	146.3 (26.7)	128.6 (24.2)	.001
拡張期血圧	78.7 (12.7)	83.1 (12.5)	76.0 (12.2)	.006
健康感	2.5 (0.6)	2.3 (0.5)	2.6 (0.6)	.028
運動頻度	4.0 (1.4)	4.4 (1.2)	3.8 (1.4)	.028
食生活 (摂取状況)				
もち米	4.4 (1.0)	4.2 (1.3)	4.5 (0.9)	.473
普通米	3.4 (1.3)	3.4 (1.4)	3.4 (1.3)	.875
卵	3.2 (1.2)	2.9 (1.1)	3.3 (1.2)	.072
肉	3.6 (1.2)	3.2 (1.2)	3.8 (1.1)	.020
魚	4.4 (0.9)	4.5 (0.9)	4.3 (0.9)	.243
野菜	4.7 (0.8)	4.7 (0.8)	4.7 (0.7)	.239
果物	4.5 (0.9)	4.8 (0.7)	4.3 (1.0)	.008
菓子	2.6 (1.4)	2.3 (1.5)	2.8 (1.3)	.032
	N (%)	N (%)	N (%)	p 値 ²⁾
飲酒	32 (32.0)	7 (7.0)	25 (25.0)	.028
喫煙	13 (13.0)	2 (2.0)	11 (11.0)	.123

1) t 検定または Mann-Whitney U 検定

2) Fisher の直接法

群」の方が収縮期血圧 $146.3 \pm 26.7\text{mmHg}$ と拡張期血圧 $83.1 \pm 12.5\text{mmHg}$ に対し、生活習慣病「なし群」の収縮期血圧 $128.6 \pm 24.2\text{mmHg}$ と拡張期血圧 $76.0 \pm 12.2\text{mmHg}$ であり、生活習慣病「あり群」の方が収縮期・拡張期ともに有意に高かった (収縮期血圧: $t(98) = 3.42, p = .001$, 拡張期血圧: $t(98) = 2.79, p = .006$)。なお、これら基本検査値の BMI, 腹囲, 収縮

期 / 拡張期血圧については、Kolmogorov - Smirnov の検定を行った結果、各数値の分布が正規分布であることを示していた ($\text{all } p > .399$).

次に、現在の自身の健康感については、生活習慣病「あり群」が 2.3 ± 0.5 点であり、生活習慣病「なし群」の 2.6 ± 0.6 点に比べ有意に低かった ($p = .028$). 運動頻度は生活習慣病「あり群」が 4.4 ± 1.2 点であり、生活習慣病「なし群」の 3.8 ± 1.4 点に比べ有意に高かった ($p = .028$). 食生活については、「もち米」「普通米」「卵」「魚」「野菜」の摂取状況については、有意な差はなかった. 「肉」「菓子」については、生活習慣病「あり群」がいずれも有意に低く ($p = .020, p = .032$), 「果物」については生活習慣病「あり群」が有意に高かった ($p = .008$).

飲酒については、生活習慣病「あり群」で 7 人 (7.0%) が飲酒をすると回答し、生活習慣病「なし群」の 25 人 (25.0%) に比べ有意に少なかった ($p = .028$). 喫煙については生活習慣病「あり群」で 2 名 (2.0%) が喫煙すると回答し、生活習慣病「なし群」の 11 人 (11.0%) と比べて少なかったが有意な差は認められなかった ($p = .123$).

考 察

本研究の目的は、ラオス国内の都市部近郊の住民の生活習慣病に関する基礎データと健康意識および生活行動を明らかにすることであった. まず、本研究の対象者の属性について概観すると、対象者 100 名中、高血圧・脂質異常・糖尿病の 3 つの疾患のいずれかの生活習慣病と診断されたことがあると回答した者（複数回答可）は 38 名 (38.0%) であり、各疾患については高血圧が 20.0%, 脂質異常が 17.0%, 糖尿病が 12.0% であった. WHO による同国の生活習慣病に関する報告によると、高血圧者は成人全体で 22.2% ⁵⁾, 高血糖者（糖尿病の患者数ではない）は 25 歳以上の成人で男性が 7.1%, 女性が 7.6% であった ⁹⁾. Dans らの調査によるとラオスの成人の糖尿病罹患率は 5.6% との報告もあり ¹⁰⁾, 本調査の対象者である都市部の住民には糖尿病患者が多いことが明らかとなった. なお、脂質異常については、同国の正確なデータがなかったため比較することはできなかった. ラオス都市部の住民に糖尿病の患者が多い背景として、同国の主産業である農業の発展があると考えられる. ラオス国内において市場経済が活発な地域で、糖尿病の患者が多いとの報告がある ¹¹⁾. その理由としては、サトウキビ畑の大規模開発によって、砂糖の市場が大きくなり砂糖の消費量が増え、糖分の過剰摂取に至ったことがあげられている ¹¹⁾. さらに、ラオス特有の食生活文化の影響も大きいと考えられる. とくに、主食の米飯については「もち米」を摂取することが一般的なラオス人の食生活であり ¹²⁾, 本調査においても参加者全体でもち米の摂取の頻度が高く、普通米（うるち米）の方が頻度は少なかった. もち米のカロリーは、うるち米の 1.4 倍であり、さらに糖分の吸収も 2 倍速いといわれている ¹¹⁾. また、ラオスの成人男性は日本人のほぼ 4 倍の米を食べるともいわれており ¹³⁾, もち米の摂取頻度および摂取量が多いラオス国民は、糖分の過剰摂取から糖尿病になるリスク

が高いといえよう。

糖尿病以外についても、高血圧と診断されたと回答した者は20%、脂質異常は17%という実態も見過ごすことができない結果であった。翠川らは、ラオス首都近郊で住民の健康調査を行った結果、メタボリックシンドローム予備群（腹囲＋血圧またはHbA1cのどちらか1つの項目に該当する）が18.5%であったと報告している¹⁴⁾。その背景として、前述したように市場経済が活発な都市部であることが影響をしていると考えられる。ラオスは、灌漑設備が整備されるようになってから二期作が可能となり、米の収穫量増加が図られるようになった。農業の発展は、単に住民の米の摂取の増加だけでなく、余剰米の換金化による安価な高カロリーの換金食物の影響、つまり糖質と脂肪の摂取増が背景にあるとの指摘もある¹¹⁾。ラオスにおいては、地方・農村部の住民にはやせ型が多く、都市部には肥満（over weight / obese）が多いとの報告もあり^{14, 15)}、本研究で得られた都市部の住民の生活習慣病に関する疾患や健康状態の現状の結果は、これらの先行研究の結果とも合致していた。経済の発展は食生活以外にも日々の住民の生活も豊かにすることとなり、たとえば交通手段としてのバイクの普及により運動量が下がり、カロリー消費も低下することにもつながる。このように、市場経済の拡大がもたらす経済成長は生活習慣の変化につながり、生活習慣病の出現という流れに行きつくと考えられる。

次に、生活習慣病と診断されたことのある者と健常者との健康状態および健康感、生活行動の比較について述べる。まず、健康状態を示す基本検査値の比較であるが、生活習慣病「あり群」の方が、生活習慣病「なし群」よりもBMI、腹囲、血圧いずれも有意に高かった。これは、生活習慣病の諸症状がそのまま健康状態に現れている状況を示していた。生活習慣病に罹っているから、または罹っていたから健康状態を示す基本検査値が芳しくないのか、または健康状態が悪いから生活習慣病に至ってしまったのかは、本研究では経時的な検討を行っていないので言及できない。わが国のメタボリックシンドロームの診断基準は、腹腔内脂肪蓄積（腹囲）と、それを基盤とした糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧を複数合併するマルチプルリスクファクター症候群の評価として行うが¹⁶⁾、本研究結果より生活習慣病「あり群」のこれらの平均値はメタボリックシンドロームの予備群として該当する数値である。メタボリックシンドロームは、動脈硬化などを引き起こしやすい病態ともいわれており¹⁶⁾、早急の対応が必要であろう。

「健康感」については、生活習慣病「あり群」の方が「なし群」に比べて有意に低かったが、5段階評定で「あり群」が2.3点、「なし群」が2.6点、双方低い点数であった。生活習慣病「あり群」は、疾患が日々の体調に影響を来すことから、自身の健康感を悪く感じていることが推測されるが、併せて自身の疾患と健康について客観的にとらえていることができていてもいえよう。ただ、この「健康感」を両群ともに「あまりよくない」と感じていたことについては、田村がラオス住民を対象とした調査で「自分が健康だと思うか？」との設問において、

40 歳代，50 歳代，60 歳代で健康感が低かったと報告しており⁶⁾，年齢が上がると健康ではないとの感じる者が増加するとした結果と同様であった。健康感については，同国の文化や国民性についても検討する必要がある。

「運動頻度」については，生活習慣病「あり群」の方が「なし群」に比べて有意に高く，5 段階評定で「あり群」が 4.4 点と非常に高く，多くの者が毎日運動を行っていると回答していた。「食生活」については炭水化物である「米（もち米・普通米（うるち米））」の摂取について有意差はなかったものの，「肉」と「菓子」において生活習慣病「あり群」の方が「なし群」に比べて有意に摂取が少なかった。反対に「果物」の摂取は「あり群」の方が多かったが，「菓子」に代わる食品として健康的な食生活をしていることを示していたと考えられる。さらに，「飲酒」については「あり群」の方が有意に少なく，「喫煙」では「あり群」は有意な差ではなかったが 11.0%と少なかった。生活習慣病「あり群」の方が運動習慣を持ち，肉料理と菓子類，酒類の摂取を控え，健康を害する喫煙や炭水化物の過剰摂取もしていないことが明らかとなった。つまり，生活習慣病「あり群」の方が「なし群」よりも生活習慣において気をつけていることが示唆された。このように生活習慣病「あり」群の方が健康的な生活習慣を考えている心理があることが明らかとなったが，生活習慣病に罹ったから健康に気を遣うようになったのかということは今回の調査では明らかになっていない。わが国においても，本調査の対象者の属性と同様の 40 歳代から 60 歳代の壮年期を中心とした対象者の生活習慣病と健康に関わる調査結果では，高血圧，糖尿病といった生活習慣病の患者の方が，健常者よりも生活習慣が良好であったと報告されている¹⁷⁾。よって，ラオスにおいても，生活習慣病に罹っている住民は，先進国と同様に生活習慣に留意しているといえよう。

以上，ラオス都市部の住民の生活習慣病と健康状態および健康意識とその行動について述べてきた。都市部の住民は経済発展に伴う生活環境の変化から，生活習慣病の患者が多いこと，一方で健康意識については一定の理解がなされていることがわかった。今日，慢性の NCDs は東南アジアの公衆衛生の主要な問題の 1 つとなっている。感染性の疾患による死亡数は減少し，平均余命が伸びてきている一方で，NCDs，たとえば心臓疾患，脳疾患，癌，閉塞性呼吸器疾患などは増えている¹⁰⁾。生活習慣病は，健康的ではない食品の摂取，身体活動の不足，喫煙，野菜摂取不足などが原因であることは言うまでもないが，経済発展の恩恵をこれから受けるラオス国民が今後も健康意識を保つことができることが疾病予防には重要となってくる。

ラオスをはじめ，フィリピン，インドネシア，タイ，ベトナム，カンボジア，マレーシアといった国々は，東南アジアの経済発展において注目されている国々であり，人口当たりの貧困率も低減している¹⁸⁾。しかし，ラオスは貧困率が上記の東南アジア 7 か国中で最も高い状況であるにもかかわらず，GDP におけるヘルスケアへの支出は非常に低い¹⁸⁾。そして，東南アジアの中でもミャンマーとカンボジア，そしてラオスは低所得国グループに位置しているが，同時にこれら 3 か国は人口 10 万人あたりの NCDs による死亡率が最も高い国でもある¹⁰⁾。ラオ

スの住民は、NCDsのような慢性疾患に罹患すると、保健医療の予算上の問題や医療従事者が少ないことから（医師：10,000人当たり1.9人、看護師・助産師：10,000人当たり8.2人）⁹⁾、十分な治療を受けることができない。よって、生活習慣病の予防、ならびに悪化を防ぐことが重要なのである。ラオス国内には、生活習慣病が増え続けるリスク要因がいくつもある。たとえば、喫煙に関しては、ラオスで最も売れている煙草1箱（20本入り）の値段は0.57米ドルであり、東南アジアの中では安価な設定である¹⁰⁾。タイ、インドネシア、フィリピンと比べても煙草への課税率も低いことから、喫煙率も周辺国に比べて高いとの指摘もある¹⁰⁾。そして、本研究のテーマにもある「住民の都市居住化」の問題も大きい。同国では地方から都市部への住民の流入が増えており、1990年～2011年の都市人口の年間平均増加率は5.7%、2011年以降2030年までは3.3%の増加が予測されていることから¹⁾、今後は都市部の住民が増えることで生活習慣病の患者も増える恐れがある。

ラオスは、国連開発計画（United Nations Development Program：UNDP）の人間開発指数（Human Development Index：HDI）では、下から2番目のランクの“Medium human development”カテゴリーに入っている¹⁹⁾。また、国際食糧政策研究所（International Food Policy Research Institute：IFPRI）による世界飢餓指数（Global Hunger Index）の区分では、「Serious」のカテゴリーに入っている²⁰⁾。世界のラオスへの国際協力は、当面は貧困対策が続くものと考えられる。だからこそ、国際保健や疫学の研究者が同国の現状を踏まえて生活習慣病対策の研究を行い、得られた知見を現地の保健担当者と共に都市部の住民への周知を行い、健康教育につなげている必要があるといえよう。

本研究の限界と今後の課題としては、都市部近郊の住民を対象者としたが100名という対象者数であることで、本研究の知見を一般化するには限界があると考えられる。また、対象者を集める際に、同国の医療事情の背景から健康に不安がある市民が自分の健康チェックを目的に参加した者が多かったと推測され、必ずしも一般的な同国市民の結果を反映しているわけではないとも考えられる。生活習慣病の有無についても潜在的な患者の存在も否めない。よって、今後は対象者の選定をより厳密に行い、多数の対象者で調査を行う必要がある。さらに、都市部以外の地方の住民の健康調査も行い、都市と地方間についての検討も行う必要があると考えられる。

謝 辞

本調査を行うにあたり、ご協力いただきましたラオス・ビエンチャン近郊の住民の皆さま、ならびにラオス保健省の関係者の皆さまに深謝致します。

なお、本研究は平成25年度特別研究費の助成を受けて実施したものです。

文 献

- 1) United Nations Children's Fund, Economic and social statistics on the countries and areas of the world, with particular reference to children's well-being. The State of the World's Children, 119-127, 2013.
- 2) World Health Organization, Lao People's Democratic Republic - Statistics summary (2002-present), <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-LAO>. (2014/9/13).
- 3) World Bank, Lao PDR Now a Lower-Middle Income Economy. http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups#Low_income (2013/6/29)
- 4) Syhakhang, L., Soukaloun, D., et al. Provider performance in treating poor patients - factors influencing prescribing practices in Lao PDR : a cross-sectional study. BMC Health Services Research, 11 (3), 1-7, 2011.
- 5) World Health Organization, Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014. http://www.who.int/nmh/countries/lao_en.pdf. (2014/9/13)
- 6) 田村 葛枝, ラオス人民民主共和国南部における村落住民の健康行動に関する研究. 国際保健医療, 27, 47-58, 2012.
- 7) 独立行政法人国際協力機構 (JICA), コーエイ研究所, タックインターナショナル. ラオス人民民主共和国保健セクター分析報告書. JICA 保健セクター情報収集・確認調査, 9-10, 2012.
- 8) 川端 真人, ラオス保健サービスシステムの課題と展望: 「Health Strategy up to the year 2020」の実現へ. 国際協力論集, 9 (3), 57-69, 2002.
- 9) World Health Organization, Lao People's Democratic Republic Health Profile <http://www.who.int/gho/countries/lao.pdf> (2014/9/13)
- 10) Dans, A., Ng, N., Varghese C., et al. The rise of chronic non-communicable diseases in Southeast Asia: time for action. Lancet, 377, 680-689, 2011.
- 11) 奥宮清人, 図録メコンの世界—歴史と生態—, 秋道智彌 (編), 弘文堂, 東京, 2007, 100-101.
- 12) 鈴木玲子, 現地通信—ラオスで暮らして. 東南アジア研究, 35 (1), 170-174, 1997.
- 13) 新井綾香, ラオス 豊かさと「貧しさ」のあいだ, コモンズ, 東京, 2010, 28-30.
- 14) 翠川 薫, 村田真理子, 他 3 名, 東南アジアにおける生活習慣病の現状について. 日本衛生学雑誌, 63, 559, 2008.
- 15) World Health Organization, Global Database on Body Mass Index. <http://apps.who.int/bmi/index.jsp> (2012/1/6)
- 16) 日本内科学会, メタボリックシンドロームの定義と診断基準. 日本内科学会雑誌, 94 (4), 1-19, 2005.
- 17) 高原美樹子, 高島真理子, 交野好, 生活習慣病患者と健康者における生活習慣および健康に関わる要因. 福井県立大学論集, 33, 39-48, 2009.
- 18) Cook, S. & Pincus J. Poverty, Inequality and Social Protection in Southeast Asia. Journal of Southeast Asian Economics, 31, 1-12, 2014.
- 19) United Nations Development Program. Human Development Report 2013
The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World . HDI values and rank changes in the 2013 Human Development Report, Lao People's Democratic Republic, <http://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/LAO.pdf#search='HDI+UNDP+Lao'> (2014/9/12)
- 20) Klaus, G., Derek, H., Tolulope, O., et al. 2013 Global Hunger Index THE CHALLENGE OF HUNGER - Building Resilience to Achieve Food and Nutrition Security. International Food

Policy Research Institute (IFPRI) issue brief, 79, 1-8, 2013.

(たかはし りょう 看護学科)

(せいの じゅんこ 帝京科学大学)

(うるは しげひこ 作業療法学科)

(おくむら まさみ 看護学科)

(やまもと けいこ 富山福祉短期大学)

(たなか りょう 千葉科学大学)

(たかばやし ちかこ 新潟県立看護大学)

(むらた のりえ 横浜市西区医師会訪問看護ステーション)

(にしさか みさき 秋田大学医学部附属病院)

(よざ たかし NGO Creative Act)

(さいま しげき 協和医院)

2014年9月29日受理

